SOUTH COUNTRY
CENTRAL SCHOOL DISTRICT

A tradition of quality... A future of excellence

CENTRAL REGISTRATION
189 Dunton Ave, East Patchogue, NY 11772
Phone: (631) 730-1617 Fax: (631) 286-0810
www.southcountry.org

REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN

Con el fin de salvaguardar la salud de su hijo, colocar a su hijo en el programa más adecuado, y para cumplir con la Ley del Estado de Nueva York y la política del distrito, necesitamos información y los registros apropiados.

A. RESIDE ACTUALMENTE EN UNA VIVIENDA TEMPORAL? ___Si ___ No

B. POR FAVOR COMPLETE LOS FORMULARIOS ADJUNTOS EN SU TOTALIDAD. →

C. POR FAVOR TRAIGA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN: ↓

1. PRUEBA DE RESIDENCIA ☐

UNA FORMA DE PRIMARIA ☐	DOS FORMAS DE SECUNDARIA ☐ *
Si usted reside en su propia casa:	☐ Cuenta de Empresa de Servicios Públicos
☐ Escritura de propiedad de la casa	☐ Cuenta Para Cable / Satélite
☐ Póliza del Seguro de la Casa	☐ Recibo de Combustible
☐ Declaración de la Hipoteca	☐ Estado de Cuenta Bancaria o Cheque
☐ Recibo de Impuestos de Suffolk County/Town of Brookhaven	☐ Tarjeta de Registro de Votantes
Si renta o arrienda vivienda:	☐ Licencia de Conducir Corriente
☐ Contrato de renta o arrendamiento	☐ Documentación del Departamento de Servicios Sociales
☐ Formulario de Declaración Jurada de Residencia Notariada	☐ Aviso de Confirmación de cambio de dirección de USPS

* Toda prueba secundaria debe ser documentos originales, llevan su nombre, e indicar su dirección en South Country. Su hijo no será inscrito hasta South Country Central School District recibe y verifica los documentos mencionados anteriormente.

2. CERTIFICADO DE NACIMIENTO ☐

Un certificado de nacimiento con un sello en relieve se debe proporcionar para participantes de Pre-Kinder y Kinder. Un certificado de nacimiento fotocopiado es aceptable para los participantes en los grados 1-12

3. REGISTROS DE SALUD ☐

REGISTROS DE INMUNIZACIÓN ☐

Certificado de vacunación firmado por un médico o por un representante de una clínica de salud oficial o registro de salud de la escuela firmado por funcionario.

PHYSICAL EXAM FORM ☐

Debe tener una fecha dentro del último año y firmado por un médico.

Si su hijo tiene una alergia o la salud de alerta severa, póngase en contacto con la enfermera escolar. *Cualquier formulario que necesitan ser completado por su pediatra deben ser presentadas por el primer día de la escuela o en el momento del registro para asegurar que su hijo reciba la atención y el tratamiento adecuado. Información adicional está disponible en nuestro sitio Web del distrito en Health Services.*

4. EXPEDIENTE ACADÉMICO ☐

Por favor proporcione la siguiente basado en el nivel de grado:

K-3: Tarjeta De Calificaciones Más Reciente

4-5: Puntajes en los Exámenes Estatales y Tarjeta de Calificaciones Más Reciente

6-8: Tarjeta De Calificaciones Más Reciente & Horario De Clase

9-12: Transcripción no oficial, Horario De Clase y Tarjeta De Calificaciones Más Reciente

5. PRUEBA DE custodia o tutela *(si es applicable)* ☐

PADRES ADOPTIVO: Orden de colocación del Departamento de Servicios Sociales 2999

TUTELA: Apropiada legal Documentación / Documentación de la Corte

6. EDUCACIÓN ESPECIAL *(si es applicable)* ☐

Student Support Service Record Formulario de Solicitud

Por favor, proporcione una copia del corriente Programa Individualizado de Educación ("IEP") del niño.

Tenga en cuenta: el nombre legal de su hijo debe aparecer en todos los registros oficiales de la escuela. No se aceptarán solicitudes para utilizar un nombre alternativo. Se pueden hacer arreglos para tener este tipo de nombres utilizados en clase y en los registros no oficiales. Bajo la ley del Estado de Nueva York, Sección 3202, un niño debe residir con uno o ambos de sus padres o tutores a menos han fallecido, encarcelados o se comprometieron a una institución, o han desertado o abandonado al niño, o reside fuera del estado de Nueva York. En tales casos, sólo legalmente tutores, padres adoptivos nombrado o custodios pueden asumir la custodia y la responsabilidad por el cuidado del niño.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE OFRECEN VOLUNTARIAMENTE INFORMACIÓN FALSA SOBRE RESIDENCIA SERÁ OBJETO DE SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA EN RELACIÓN CON RESIDENCIA O DERECHO A UNA EDUCACIÓN DE MATRÍCULA GRATIS DEL DISTRITO SE CASTIGA COMO UN DELITO MENOR CLASE POR PERJURIO EN EL TERCER GRADO Y / O PRESENTAR UN INSTRUMENTO FALSO. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE NIÑO DE UN SOLICITANTE RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE TOMAR ACCIÓN LEGAL PARA COBRAR MATRÍCULA O TRANSPORTE CARGOS. CARGOS DE MATRÍCULA PUEDE EXCEDER DE $ 10,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE ES LEGALMENTE NO TIENE DERECHO A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA MATRÍCULA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER LEGAL MEDIOS DISPONIBLES.

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES DEL SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: APELLIDO_____NOMBRE: _____2 NOMBRE:_____

INFORMACIÓN DE HOGAR TEMPORAL

Esta sección tiene como objetivo tratar el McKinney-Vento Act 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudar a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas? ☐ Sí ☐ No

Si usted contestó SÍ a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de esta sección.
Si su respuesta es NO, esta sección esta completa.

CUESTIONARIO DE HOGAR TEMPORAL

1. ¿Dónde está viviendo el estudiante actualmente? (marque una caja)

☐ En un motel ☐ En un refugio ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento

☐ Mover de un lugar a otro ☐ En un hospital ☐ En espera de cuidado de crianza

☐ En un lugar no designado para dormir ordinarios tales como un coche, parque o campamento

2. Por favor escriba la dirección de que el alumno ha sido ubicado de forma permanente:

_____

3. Nombre del distrito escolar donde el estudiante se encuentra la última de forma permanente:

_____

4. Fecha en la que el estudiante empezó residiendo en la vivienda temporal o arreglo de vivienda temporal:

_____

5. ¿Tiene hijos de 5 años de edad o menos? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione su nombre, edad y toda experiencia preescolar.

_____ _____

_____ _____

Jóvenes no acompañados: un niño sin hogar para los que ninguno de los padres o de la persona en relación paternal está disponible o que está viviendo en un centro residencial para jóvenes fugitivos y sin hogar.

- ¿El padre / tutor tiene la custodia física del estudiante? ☐ Sí ☐ No

NOTA: Si usted ha sido colocado por el Departamento de Servicios Sociales en la vivienda temporal fuera del distrito escolar, el Departamento de Servicios Sociales es responsable de su transporte.
**** Los niños y los jóvenes en viviendas temporales tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela y el acceso a todos los programas del Distrito, actividades y servicios a la misma medida que se les proporciona a los residentes, incluso si carecen de los registros normalmente necesarios para la inscripción, incluyendo, pero no limitado a, expedientes académicos anteriores, registros médicos, prueba de residencia y otra documentación.**

FOR OFFICE USE ONLY Homeless Liaison Signature: _____Date: _____

Family Received STAC Form: ☐ YES ☐ NO

Family Received Homeless Brochure and Information: ☐ YES ☐ NO

FOR OFFICE USE ONLY *(Uso de la Oficina Solamente)* **Pronoun** ☐ **El//El** ☐ **Ella/Ella** ☐ **Ellos/Ellos**

Household Name: _____ **Enrollment Date:** _____

Student Name: _____ **Ethnicity:** _____

Student D.O.B.: _____ **Re-Entrant:** ☐ **SÍ** ☐ **No** **Temp Housing:** ☐ SÍ ☐ **No**

Gender: ☐ **Male** ☐ **Female** **Foster Child:** ☐ SÍ ☐ **No** **ESL:** ☐ SÍ ☐ **No** ☐**TBD**

Student ID #: ___ _____ — — — — — — ___ **IEP:**_____ **504 Plan** _____

Home School:_____ **Age:** _____ **Grade:** _____ **Health Alert:** ☐ SÍ ☐ **No**

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES DEL SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

APELLIDO:_____**NOMBRE:** _____**2º NOMBRE:**_____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

APELLIDO DEL HOGAR:_____ **FECHA DE INSCRIPCIÓN:**_____

DIRECCIÓN DEL HOGAR: **DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE DEL HOGAR):**

_____ _____

_____ _____

CALLE TRASVERSAL: _____

TELÉFONO DEL HOGAR: (_____)_____

TIPO DE RESIDENCIA: ☐ **PROPIA** ☐ **RENTADA** ☐ **ARRENDADA** ☐ **OTRO:** _____

FECHA DE MUDANZA:_____ **FECHA DEL FIN DE CONTRACTO DE RENTA:**_____

IDIOMA DEL HOGAR:_____ **AGENCIA DE ADOPCIÓN TEMPORAL:** ☐**Sí** ☐ **No**

NÚMERO DE ADULTOS EN EL HOGAR (21 o más):_____**NÚMERO DE MAYORES EN EL HOGAR (62 Y MÁS AÑOS):**_____

INDIQUE TODAS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (MENORES DE 21) Y SU RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO ACTUAL	NOMBRE DE ESCUELA	RELACIÓN AL ESTUDIANTE

PRUEBA DE RESIDENCIA ADJUNTA:

☐ RECIBO DE IMPUESTOS DE LA PROPIEDAD
☐ DECLARACIÓN DE LA HIPOTECA
☐
☐ ESCRITURA DE PROPIEDAD DE LA CASA
☐ DECLARACIÓN JURADA PROPIETARIO NOTARIADA
☐ CUENTA DE EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS
☐ LICENCIA DE CONDUCIR
☐ DOCUMENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
☐ AVISO DE CONFIRMACIÓN DE CAMBIO DE DIRECCIÓN DE USPS
☐ ESTADO DE CUENTA BANCARIA O CHEQUE
☐ CONTRATO DE RENTA O ARRENDAMIENTO
☐ OTRO:_____

SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT STUDENT REGISTRATION PACKET

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

GRADO AL QUE ENTRA: _____ Pronoun ☐ El//El ☐ Ella/Ella ☐ Ellos/Ellos

¿ES EL ESTUDIANTE DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL?: ☐ SÍ ☐ NO

RAZA(S): ☐ INDIO AMERICANO / NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICO ☐ NEGRO ☐ ISLEÑO DEL PACÍFICO ☐ BLANCO

IDIOMA PREDOMINANTE: _____ CIUDAD/ESTADO DE NACIMIENTO: _____

PAÍS DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE ENTRADA IN EL EUA (*si es aplicable*): _____

NACIMIENTO MULTIPLE (*si es aplicable*): ☐ GEMELO ☐ TRIO ☐ CUÁDRUPLES ☐ QUÍNTUPLE

NIÑO VIVE CON: ☐ PADRE NATURAL ☐ TUTOR LEGAL (NOMBRADO POR LA CORTE) ☐ PADRE ADOPTIVO

☐ OTRA PERSONA CON RELACIÓN PATERNAL (POR FAVOR DESCRIBA LA RELACIÓN): _____

_____

HISTORIA ESCOLAR

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: _____ ÚLTIMA FECHA DE ASISTENCIA: _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____ TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿REQUIERE EL ESTUDIANTE DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL?: ☐ SÍ ☐ NO
   EN CASO AFIRMATIVO, PROVEA UNA COPIA DEL PRESENTE PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL ("IEP"):

2. ¿ESTA ESTUDIANTE TIENE UN PLAN 504? ☐ SI ☐ NO
3. ¿FUE EL ESTUDIANTE ALGUNA VEZ EN UN PROGRAMA ENL O ESL? ¿ES INGLÉS UN NUEVO IDIOMA PARA SU HIJO (ENL)?

☐ ESL ☐ ENL ☐ N/A

_____

INFORMACION DE ADOPCIÓN TEMPORAL

¿EN EL PRESENTE, ESTÁ EL ESTUDIANTE ADOPTADO TEMPORALMENTE? ☐ SÍ ☐ NO

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DE ADOPCIÓN TEMPORAL

NOMBRE DE LA AGENCIA: _____ DIRECCIÓN: _____

_____

TRABAJADOR(A) DEL CASO: _____ TELÉFONO: (_____) _____

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES DEL SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

Un padre o guardián se define como una persona que pueda o no tener derechos de patria potestad sobre un estudiante y pueda o no recibir correspondencia de la escuela, que se determinará en el momento de la inscripción. Al completar el formulario, por favor, indique la relación del individuo con el niño/a (por ejemplo, madre, padre, tía, abuelo, etc.) é indique si van a recibir correspondencia del distrito. Además, denote cualquier restricción de visitas que puedan existir y proporcione la documentación legal correspondiente.

1) NOMBRE: _____ **2º NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____

GÉNERO: ☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO**

VIVE EN EL HOGAR: ☐ **SÍ** ☐ **NO** **ESTADO CIVIL:** _____

NIVEL DE EDUCACIÓN: ☐ **NINGUNO** ☐ **PREPARATORIA** ☐ **UNIVERSIDAD** ☐ **TITULO DE POSGRADO**

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ **TELÉFONO DE CASA:** (_____) _____

_____ **TELÉFONO DE TRABAJO:** (_____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ **NUMERO CELULAR:** (_____) _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ **TELÉFONO DE EMPLEADOR:** (_____) _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO: _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: _____

PADRE CON CUSTODIA: ☐ **SÍ** ☐ **NO** **RECIBIRÁ CORRESPONDENCIA DE LA ESCUELA** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

2) NOMBRE: _____ **2º NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____

GÉNERO: ☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO**

VIVE EN EL HOGAR: ☐ **SÍ** ☐ **NO** **ESTADO CIVIL:** _____

NIVEL DE EDUCACIÓN: ☐ **NINGUNO** ☐ **PREPARATORIA** ☐ **UNIVERSIDAD** ☐ **TITULO DE POSGRADO**

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ **TELÉFONO DE CASA:** (_____) _____

_____ **TELÉFONO DE TRABAJO:** (_____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ **NUMERO CELULAR:** (_____) _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ **TELÉFONO DE EMPLEADOR:** (_____) _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO: _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: _____

PADRE CON CUSTODIA: ☐ **SÍ** ☐ **NO** **RECIBIRÁ CORRESPONDENCIA DE LA ESCUELA** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

INFORMACIÓN DE TUTOR (SI ES PERTINENTE)

USTED TIENE UNA ORDEN JUDICIAL OTORGAR CUSTODIA? ☐ **SÍ** ☐ **NO** **COPIA PROPORCIONADA** ☐

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES DEL SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

***ALGUIEN QUE NO SEA EL PADRE O TUTOR**

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

1 NOMBRE: _____ **2 NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____

GÉNERO: ☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO**

RESIDES IN HOUSEHOLD: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ **TELÉFONO DE CASA:** (_____) _____

_____ **TELÉFONO DE TRABAJO:** (_____) _____

NUMERO CELULAR: (_____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

2) NOMBRE: _____ **NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____

GÉNERO: ☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO**

RESIDES IN HOUSEHOLD: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ **TELÉFONO DE CASA:** (_____) _____

_____ **TELÉFONO DE TRABAJO:** (_____) _____

NUMERO CELULAR: (_____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

3) NOMBRE: _____ **NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____

GÉNERO: ☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO**

RESIDES IN HOUSEHOLD: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ **TELÉFONO DE CASA:** (_____) _____

_____ **TELÉFONO DE TRABAJO:** (_____) _____

NUMERO CELULAR: (_____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

INFORMACIÓN DE SALUD DE EMERGENCIA

NOTA: En la disposición final de un caso de emergencia, el juicio de las autoridades de la escuela prevalecerá.

Doctor de familia: _____Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

LOS PROBLEMAS DE SALUD ESPECIAL (Por favor, incluya los medicamentos):

_____

Usa gafas o lentes de contacto: ☐ SÍ ☐ NO

Si en algún momento se cambia la información anterior, voy a notificar a la escuela por escrito.

Firma de padre/tutor _____Fecha _____

DETECCIÓN DE ALERGIA

Si su hijo es alérgico (como alimentos, medicamentos, o ambiental), por favor conteste las siguientes preguntas::

1. **¿Es su hijo alérgico a algo? ☐ SÍ ☐ NO * Por favor, incluya cualquier alimento, medicamento o alergias ambientales ***

   Por favor, especifique alérgeno y la reacción de su hijo (ejemplo ronchas, sarpullido, dificultad para respirar, etc.):

   _____

2. **¿Su hijo tiene un EpiPen prescrito para este tipo de alergia? ☐ SÍ ☐ NO**
3. **¿Está su hijo en riesgo de una reacción alérgica potencialmente mortal? ☐ SÍ ☐ NO**
4. **¿Se ha identificado la alergia de su hijo a través de las pruebas de alergi a? ☐ SÍ ☐ NO**
5. **Por favor, consulte las circunstancias que la reacción podría ocurrir: ☐ Contacto ☐ Ingestión ☐Aerotransportado**

ASMA

Si su hijo tiene asma por favor conteste las siguientes preguntas:

1. **¿Su hijo tiene asma? ☐ SÍ ☐ NO**
2. **¿Su hijo usa un inhalador o un nebulizador en casa? ☐ SÍ ☐ NO**
3. **¿Será necesaria medicamento para su uso durante el horario escolar? ☐ SÍ ☐ NO**

HISTORIAL DE SALUD

1. **¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes? Sí No Si es así, por favor, verifique y proporcionar explicación:**

☐ Neumonía	☐ Tos Ferina	☐ Amigdalitis
☐ Tuberculosis	☐ Sarampión Alemán	☐ Resfriados frecuentes
☐ Fiebre Reumática	☐ Asma	☐ Pérdida del oído
☐ Epilepsia	☐ Diabetes	☐ Problemas visuales
☐ Varicela	☐ Anemia o Célula de la hoz	☐ Problemas cardiacos
☐ Sarampión	☐ Mononucleosis	☐ Trastornos de la piel
☐ Paperas	☐ Problemas renales	☐ Hernias

Feche de enfermedad: _____Explicación: _____

2. **¿Ha tenido su niño alguna vez dolor en el pecho, soplos, latidos irregulares del corazón, falta de aliento o ha sido tratado por algún "problema cardiaco"? En caso afirmativo, favor de proveer una nota su doctor indicando si su hijo puede o no puede participar en todas las actividades escolares incluyendo Educación Física.**

   ☐ SÍ ☐ NO Explicación: _____

3. **¿Su hijo alguna vez ha tenido una convulsión? En caso afirmativo, sírvase proporcionar una nota de su médico que indique si su hijo puede participar en todas las actividades escolares en la escuela incluyendo Educación Física.**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

4. **¿Ha tenido si hijo hipertensión?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

5. **¿Ha tenido su hijo una fractura, lesión grave o enfermedad que requiera atención médica o cirugía?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Área de la lesión:** _____

6. **¿Su hijo tiene alguna inflamación persistente en sus / sus articulaciones?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

7. **¿Su hijo use gafas, lentes de contacto, audífono, o otra prótesis?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

8. **¿Su hijo tiene una pérdida auditiva en ambos oídos?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

9. **¿Ha tenido su hijo una lesión ocular o problema de la vision grave?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

10. **Está su hijo tomando algún medicamento? Si es así por favor enumerarlos.**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

11. **¿Su hijo tiene alguna condición médica o las restricciones a la actividad que debamos conocer?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

12. **¿Hay antecedentes de Tuberculosis en la familia?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

13. **¿Ha su hijo ha sido hospitalizado desde su nacimiento?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

14. **¿Nació su hijo con un defecto congénito?**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Explicación:** _____

A tradition of quality... A future of excellence

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal.

Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes *Día* *Año*

GÉNERO:
❑ Masculino
❑ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido *Primer Nombre* *Relación con el estudiante*

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante? ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique*

2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió? ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique*

3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor? ❑ Madre _____ *especifique* ❑ Padre _____ *especifique* ❑ Tutor(es) _____ *especifique*

4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)? ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique*

5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)? ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique* ❑ No sabe hablar

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)? ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique* ❑ No sabe leer

7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)? ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique* ❑ No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

District Name (Number) & School *Address*

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* ❑ ***No*** ❑ ***No se sabe*** ❑ *** En caso afirmativo, por favor explique :**_____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ❑ Poca gravedad ❑ Algo grave ❑ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ❑ **No** ❑ **Sí* *** *Por favor, llene 10b.*

10b. *<u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación.*</u> ¿ha <u>recibido</u> su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

❑ **No** ❑ **Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:**

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial *(favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):*

❑ **De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)** ❑ **3 a 5 años (Educación Especial)** ❑ **6 años o mayor (Educación Especial)**

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ❑ **No** ❑ **Sí**

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(*Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: Día: Año:

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal ***Date***

Relación con el estudiante: ❑ **Madre** ❑ **Padre** ❑ **Otra:**_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ **POSITION:** _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ **POSITION:** _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ **NO** ❑ **YES**

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
- ❑ ADMINISTER NYSITELL
- ❑ ENGLISH PROFICIENT
- ❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: **POSITION:**

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

SOUTH COUNTRY
CENTRAL SCHOOL DISTRICT
A tradition of quality... A future of excellence

OFFICE OF CENTRAL REGISTRATION
189 Dunton Ave, East Patchogue, NY 11772
Phone: (631) 730-1617 Fax: (631) 286-3346
www.southcountry.or
g

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE LOS ESTUDIANTES

Autorización presente se concede por el suscrito por la liberación de los registros del estudiante, incluyendo pero no limitado a la tarjeta de informe más reciente, expedientes académicos, registros de pruebas, registros de educación especial, los registros médicos / vacunas y expedientes de disciplina.

PERMISO DE PADRES PARA LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS:

Yo_____, doy permiso para
(Nombre de Padre/tutor – por favor imprime)

ESCUELA ANTERIOR

_____
Nombre de la Escuela

_____
Dirección de la Escuela

_____ _____
Numero de la Escuela *Numero de Fax de la Escuela*

liberar todos los registros oficiales sobre_____
Nombre del Estudiante, Fecha de Nacimiento

_____ _____
(Firma de padre/tutor) *Fecha*

<u>*PLEASE FORWARD ALL RELEVANT RECORDS TO THE SCHOOL CHECKED BELOW***</u>**

☐ Bellport High School 205 Beaver Dam Road Brookhaven, NY 11719 *Grades 9-12* *Guidance Office* Phone: (631) 730-1607 or 1608 **FAX: (631) 286-4025**	☐ Bellport Middle School 35 Kreamer St. Bellport, NY 11713 *Grades 6-8* *Guidance Office* Phone: (631) 730-1768 **FAX: (631) 286-4460**	☐ Frank P. Long Intermediate School 599 Brookhaven Ave Bellport, NY 11713 (631) 731-1727 *Grades 4-5* Phone: (631) 730-1726 or 1727 **FAX: (631) 286-0276**
☐ Brookhaven Elementary School 101 Fireplace Neck Rd Brookhaven, NY 11719 *Universal Pre-K / Grades K-3* (631)730-1702 or 1718 **FAX: (631) 286-6210**	☐ Kreamer St. Elementary School 37 Kreamer St. Bellport, NY 11713 *Grades K-3* (631) 730-1650 **FAX: (631) 776-0903**	☐ Verne W. Critz Elementary School 185 Dunton Ave E. Patchogue, NY 11772 *Grades K-3* (631) 730-1676 or 1677 **FAX: (631) 286-2918**

SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
HISTORIAL DE ESCUELA

Proporcione una lista de las escuelas, distritos, y estados que su hijo ha asistido

NOMBRE del ESTUDIANTE _____

GRADO	ESCUELA	DISTRITO	ESTADO	FECHA DE INICIO	FECHA TERMINADO	GRADOCOMPLETADO
K						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

South Country Central School District
Student Support Services
105 Fireplace Neck Road
631-730-1781 **Brookhaven, NY 11719** **Fax: 631-286-4914**

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Date: _____

I hereby give my permission for the exchange of the following information/evaluations:
This consent will remain in effect unless withdrawn in writing.

Special Education: *Social History, Educational, Psychological, Psychiatric, Functional Behavior Assessment, Behavior Intervention Plan, Medical (including immunizations), Neurological, Occupational Therapy, Physical Therapy, Speech Therapy, Prior Written Notice/Consent and IEP for the following school years:*

****PLEASE TRANSFER 2025-26 IEP VIA FRONTLINE/IEP DIRECT****

Transcript for HS students – Please send current Special Education records
Psychological Evaluation
Educational Evaluation
Social History

Other: _____

Between:

Kerry Carson Director
South Country CSD
Student Support Services
105 Fireplace Neck Road
Brookhaven, NY 11719
631-730-1781
fax: 631-286-4914

_____

_____

_____

and _____

Please scan records to:
Nancy Kujan
nkujan@southcountry.org

Fax# _____

Phone# _____

Regarding my child
(print) _____ DOB: _____

Guardian's Signature _____

Guardian Print Name _____

Eastern Suffolk BOCES
Educational Services That Transform Lives

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de envolvimiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.

Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (_____)-_____-_____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____

BOARD OF EDUCATION

E. Anne Hayes, President
Deborah DeLillo, Vice President
Erika M. Calderon
Cheryl A. Felice
Robert J. Felicetta
Chris Picini
Christopher Ross

SOUTH COUNTRY
CENTRAL SCHOOL DISTRICT

SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

Antonio Santana

ADMINISTRATIVE OFFICES
189 Dunton Avenue
East Patchogue, NY 11772
(631) 730-1510
FAX: (631) 286-6394
www.southcountry.org

Acuerdo de prestamo de Chromebook para estudiantes

ACUERDO DE EMISION DE DISPOSITIVOS MOVILES 2025/2026

Nombre del Estudiante:_____

Identificacion del Estudiante #:_____

Nombre del Padre de Familia / Guardian_____

Padre / Tutor Correo Electronico _____

Lo anterior es el equipo entregado al Estudiante mencionado anteriormente. El estudiante acepta la aceptacion del equipo con la firma de su padre/tutor a continuacion. Es responsabilidad de los Estudiantes reporter cualquier problema con su equipo incluyendo operacion, dano de cualquier tipo, perdida o robo.
El estudiante y el padre son responsables de cualquier dano y/o perdida del Dispositivo. Habra un cargo de $306.00 por un dispositivo Nuevo.
El estudiante tambien acepta devolver el equipo anterior a pedido o retiro del Distrito Escolar Central de South Country.

FIRMA_____ FECHA_____
(Padra/Guardian)

_____Solo Para Uso Official_____

Building: _____

Tipo De Dispositivo: CHROMEBOOK

Fecha de recibo:_____

SCCSD Asset #_____ (8 digit starts with year 20XX)

Equipo S/N_____ (DELL Service Tag or Acer S/N)

FIRMA_____ FECHA_____
Tecnologia)